

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 3: ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΓΡΑΦΗΣ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗ

Επώνυμο:		Όνοματεπώνυμο πατέρα:										
Όνομα:		Όνοματεπώνυμο μητέρας										
Κλάδος:		Ειδικότητα (ολογράφως):										
Ημ/νία Ανάληψης υπηρεσίας:		Σχολείο τοποθέτησης:										
Α.Δ.Τ.:		Υπηκοότητα:										
Δ.Ο.Υ.:		Ημ/νία Γέννησης (πλήρης): / /										
A.Φ.Μ.												
Κινητό:						Σταθερό:						
Δνση Ηλτα (email):												
Διεύθυνση κατοικίας (οδός, αριθμός):												
Πόλη:						Τ.Κ. :						
Δήμος:						Περιφερειακή Ενότητα (νομός):						
Οικ. Κατάσταση: Εγγ. Αγαμ. Διαζ. Χηρ. Κυκλώστε το σωστό												
Αριθμός παιδιών		ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΚΑΘΕ ΠΑΙΔΙΟΥ (Σε μορφή: ηη / μμ / εεεε)										
		1° ΠΑΙΔΙ		2° ΠΑΙΔΙ		3° ΠΑΙΔΙ		4° ΠΑΙΔΙ		5° ΠΑΙΔΙ		
Αριθμός Παιδιών που έχει ασφαλίσει ο Εκπ/κός, για Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, στο βιβλιάριο του:												
A.M. ΕΦΚΑ						A.M.K.A						
IBAN:	GR											
Απαντήστε με ΝΑΙ ή ΟΧΙ:								ΝΑΙ/ΟΧΙ		Υπηρεσία ΔΥΠΑ		
Λαμβάνω μέχρι σήμερα επίδομα ανεργίας												
Είμαι συνταξιούχος												
<p>➤ Για παιδιά άνω των 18 ετών που φοιτούν σε Σχολή ,προσκομίζεται <u>βεβαίωση φοίτησης.</u></p> <p>➤ Για αναπληρωτές που είναι ήδη ασφαλισμένοι και σε άλλα κλαδικά Ταμεία να συμπληρώνεται υποχρεωτικά ο παρακάτω πίνακας:</p>												
TAMEIO	ΝΑΙ	Αρ. Μητρώου κλαδικού Ταμείου	Παλιός ή Νέος Ασφαλισμένος (προ του 1993 ή μετά)	Με 5/ετία (ΝΑΙ/ΟΧΙ)	Συμπλήρωση 35 ^{ου} έτους ηλικίας (για το ΤΣΜΕΔΕ)							
ΤΕΑΧ												
ΤΕΚΑ												
ΝΟΜΙΚΩΝ												
ΤΣΜΕΔΕ												
ΤΣΑΥ												
ΑΛΛΟ												

..../...../.....
Η δηλούσα / Ο δηλών